

自立支援医療(更生医療)意見書

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所				
職 業		保険	有・無	保険
原傷病名				
現 症				
自立支援医療の方針	必 要 ・ 不 要			
医療の具体的方針				
医療開始予定	年 月 日	指定医療機関		
入 院 日 数	日	通院日数	日 (回)	
医療費概算額 算 定 表	手 術	円	基本診療	円
	投薬注射	円	入 院	円
	処 置	円	その他	円
	検 査	円	合 計	円
治療効果見込み	※ ここへ効果見込みを具体的に記入願います。			
術前の等級	術後の等級			
級	級			
意見書作成年月日 年 月 日				
医療機関名				
医師氏名 印				